

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**A influência da vinculação e da orientação religiosa na sintomatologia  
depressiva em idosas**

**Ana Margarida Poças Figueiredo Ferreira**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde**

**Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica**

**2015**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**A influência da vinculação e da orientação religiosa na sintomatologia  
depressiva em idosas**

**Ana Margarida Poças Figueiredo Ferreira**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde**

**Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica**

Dissertação orientada por:  
**Professor Doutor Bruno Ademar Paisana Gonçalves**

**2015**



*“(...) Nunca desejei senão o que nem podia imaginar (...)  
Tudo o que não é meu, por baixo que seja, teve sempre poesia para mim.  
Nunca amei senão coisa nenhuma (...).  
Nunca desejei senão o que não podia imaginar (...).  
À vida nunca pedi senão que passasse por mim sem que eu a sentisse”.*  
(Fernando Pessoa)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao Professor Doutor Bruno Gonçalves pela constante disponibilidade prestada ao longo destes meses, pela sua compreensão e paciência em cada passo da elaboração da minha dissertação.

Às participantes desta investigação por terem permitido que o meu estudo fosse possível de realizar, através da humildade com que partilharam comigo alguns aspetos da sua vida.

Aos meus amigos que estão sempre presentes no meu dia-à-dia, e principalmente nos momentos considerados de maior importância, que caminharam junto a mim, vivendo esta fase da minha vida académica comigo e que sempre me apoiaram neste crescimento enquanto profissional e mulher.

Por fim, mas sem dúvida o mais importante, o meu agradecimento à minha família. Aos meus pais pelo amor e valores que, à sua maneira, me tentaram sempre transmitir e pelos esforços que ao longo da vida fizeram para que este momento fosse possível.

Ao meu irmão por todo o apoio, por todas as palavras encorajadoras, pela partilha de sabedoria e pela orientação que sempre me deu ao longo de toda a minha vida e, especialmente, nesta etapa académica tão importante.

À memória da minha avó. Sobre ela, por ela e para ela.

# ÍNDICE

<b>Resumo</b>	1
<b>Introdução</b>	3
<b>Capítulo 1. Enquadramento Teórico</b>	5
1. Depressão	5
1.2. Depressão no Idoso	6
1.2.1. Etiologia da depressão no idoso	6
2. Vinculação	9
2.1. História e Conceitos-Chave	9
2.2. Vinculação no Adulto	10
2.3. Vinculação no Adulto (idoso) enquanto vulnerabilidade à depressão	12
2.3.1. Vinculação e Depressão. Evidência Empírica	13
3. Religiosidade	15
3.1. Religiosidade e saúde – efeitos na manifestação de sintomatologia depressiva no idoso	16
3.1.1. Religiosidade e Depressão. Evidência Empírica	18
<b>Capítulo 2. Objetivos e Metodologia</b>	19
1. Delimitação do Problema, Objetivos e Hipóteses	19
2. Amostra estudada	20
3. Instrumentos	21
3.1. Questionário Sociodemográfico	21
3.2. Questionário de Prática Religiosa	22
3.3. Questionário de Experiências em Relações Próximas (QERP)	22
3.4. Escala de Orientação Religiosa (EOR-F)	23
3.5. Escala de Depressão CES-D - Centro de Estudos Epidemiológicos	23
4. Procedimento	24
<b>Capítulo 3. Resultados</b>	25
<b>Capítulo 4. Discussão dos resultados</b>	30
1. Relação entre a religiosidade e a manifestação de sintomatologia depressiva	30
2. Relação entre a vinculação e a manifestação de sintomatologia depressiva	32
3. Relação entre a vinculação e a orientação religiosa	32
4. Relação entre a vinculação, a orientação religiosa e a sintomatologia depressiva	33
5. Relação entre a sintomatologia depressiva e os dados sociodemográficos	34
Conclusão	35
<b>Referências Bibliográficas</b>	37

## Resumo

A literatura evidencia que a vulnerabilidade ou resiliência à depressão no adulto (idoso) depende da combinação entre variadas adversidades ao longo do desenvolvimento, características internas (como o sistema de vinculação) e/ou variáveis contextuais (como a religiosidade), resultando na sua redução ou ampliação. A partir de investigações que relacionam os estilos de vinculação inseguros, assim como a orientação religiosa extrínseca com a depressão, o presente estudo visa compreender de que forma as variáveis vinculação, orientação religiosa e sintomatologia depressiva se relacionavam entre si em mulheres na terceira idade em Portugal.

A amostra estudada é uma amostra de conveniência, constituída por 40 participantes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos. A cada sujeito foram aplicados: um Questionário Sociodemográfico; um Questionário sobre Práticas Religiosas; a Escala de Orientação Religiosa - R (Linares, 2009; versão portuguesa); o Questionário de Experiências em Relações Próximas (Moreira et al., 2006; versão portuguesa) e a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos – CES-D (Gonçalves & Fagulha, 2004; versão portuguesa). O primeiro aspeto deste trabalho prendeu-se com a tentativa de relacionar as variáveis vinculação e orientação religiosa com a sintomatologia depressiva, tendo-se verificado uma associação entre a orientação religiosa extrínseca (social) e a intensidade de sintomatologia depressiva ( $r$  Pearson = .50). O mesmo também se verificou entre a dimensão preocupação da vinculação e a intensidade de sintomatologia depressiva ( $r$  Pearson = .65). O segundo aspeto prendeu-se com poder também relacionar a vinculação e a orientação religiosa, tendo-se verificado uma associação entre a dimensão preocupação e a orientação religiosa extrínseca social ( $r$  Pearson = .41).

Assim, conclui-se, em primeiro lugar, que a orientação religiosa extrínseca e a dimensão preocupação da vinculação são bons preditores da sintomatologia depressiva, sendo de salientar que é a dimensão preocupação a variável que maior influência exerce sobre esta última. Em segundo lugar, conclui-se que indivíduos ansiosos/preocupados apresentam uma tendência para adotarem uma orientação religiosa mais extrínseca.

**Palavras-chave:** mulheres, orientação religiosa, sintomatologia depressiva, terceira idade, vinculação.

## **Abstract**

The literature shows that the vulnerability or resilience to depression in (old) adults depends on the combination of various adversities throughout development, internal characteristics (e.g. attachment system) and/or contextual variables, resulting in a reduction or expansion. From investigations relating insecure attachment styles, as well as extrinsic religious orientation with depression, this study aims to understand how the variables attachment, religious orientation and depressive symptoms were related to each other on women in old age in Portugal.

The sample under study was a convenience sample of 40 female participants with ages between 65 and 96 years old. To each subject was applied: Sociodemographic Questionnaire, Questionnaire on Religious Practices; Religious Orientation Scale - R (Linares, 2009, portuguese version); Questionnaire of Experiences in Close Relationships (Moreira et al., 2006; portuguese version) and Depression Scale of the Center for Epidemiologic Studies – CES-D (Gonçalves & Fagulha, 2004; portuguese version).

The first aspect of this study was to relate the variables attachment, religious orientation and depressive symptomology and was found a association between the social extrinsic religious orientation and the intensity of depressive symptomology ( $r$  Pearson = .50). The same was also found between preoccupation dimension and the intensity of depressive symptomology ( $r$  Pearson = .65). The second aspect was to relate attachment and religious orientation and was found a relationship between preoccupation dimension and social extrinsic religious orientation ( $r$  Pearson = .41).

We concluded, in first place, that the extrinsic religious orientation and preoccupation dimension are good predictors of depressive symptomology. However, the preoccupation dimension is the variable that influences more depressive symptomology. In second place, the anxious/concerned individuals have a tendency to adopt a more extrinsic religious orientation.

**Keywords:** attachment, depressive symptomology, old age, religious orientation, women.



# **A influência da vinculação e da orientação religiosa na sintomatologia depressiva em idosas**

## **INTRODUÇÃO**

À medida que a esperança média de vida aumenta, a incidência de determinadas doenças na população idosa também ascende, sendo um dos exemplos dessas mesmas doenças a depressão. Segundo Dahlman, Ashman, e Mohs (2000) as estimativas de incidência da depressão indicam que esta atinge mais frequentemente idosos com idade igual ou superior a 65 anos do que a população mais jovem, sendo talvez a perturbação emocional mais comum entre os pacientes gerontológicos (dada a influência das mudanças stressantes no ciclo de vida destes), tornando-se, por isso, cada vez mais pertinente o seu estudo nesta população em particular.

O desenvolvimento do ser humano sofre variadas influências que tanto o podem favorecer como prejudicar. Essas influências podem ir desde relações diretas (e.g. com outros significativos) até influências tendencialmente mais indiretas (e.g. influências religiosas) (Bronfenbrenner, 1986), dando lugar a um vasto conjunto de experiências. Tendo como base estas experiências, o individuo cria padrões de entendimento sobre mundo e sobre a forma como se “movimenta” nele (Soares, 2000). Para entender o funcionamento de um adulto é importante compreender a forma como os eventos significativos ao longo da sua vida o marcaram, considerando simultaneamente as formas de funcionamento presentes (e.g. estilo de vinculação) e relações contextuais (e.g. religiosidade). A literatura atual tem demonstrado a relevância da vinculação e da religiosidade na saúde mental dos indivíduos. São vários os estudos, maioritariamente estrangeiros, que tentam relacionar os estilos de vinculação ou a orientação religiosa com a depressão, resultando ainda em conclusões pouco consensuais. No contexto português, o interesse sobre as relações entre estas duas variáveis e a depressão começa também a ser cada vez maior. No entanto, não se conhecem estudos portugueses que tentem correlacionar a depressão, a vinculação e a orientação religiosa simultaneamente. De igual forma, não se conhecem estudos que visem explorar a relação entre a vinculação e a orientação religiosa, quer sejam estrangeiros ou portugueses.

Face à pertinência de um maior entendimento das relações entre a orientação religiosa e a depressão, a vinculação e a depressão e à inexistência de estudos portugueses que relacionem as três variáveis em simultâneo, assim como outros que correlacionem a vinculação e a orientação religiosa, o presente estudo pretende correlacionar as três variáveis entre si (em

mulheres na terceira idade em Portugal), uma vez que estas não têm sido investigadas em conjunto mas podem estar interligadas.

A presente investigação será apresentada em quatro capítulos, sendo que o primeiro capítulo diz respeito ao enquadramento teórico; o segundo, à apresentação dos objetivos e metodologia; o terceiro, à apresentação dos resultados para as hipóteses e objetivos formulados e o quarto, à discussão dos resultados obtidos. Por fim, serão apresentadas as conclusões do estudo, as suas limitações e necessárias implicações em estudos futuros.

## Capítulo 1. Enquadramento Teórico

### 1. Depressão

*“(…) Quando o Inverno te despir da beleza,  
A dor te assalte a todo o momento  
E cada som seja o eco da tristeza,  
E cada dia um passo no sofrimento,  
Vive! (...)”*

(Coimbra de Matos, 2001, p.235)

A definição do conceito de depressão sofre grandes variações em função do alvo de caracterização (personalidade, quadro clínico, ou afeto subjacente), da época histórica, ou mesmo de diferentes linhas de pensamento.

A conceptualização pode centrar-se na observação e descrição dos sintomas - compreensão fenomenológica -, ou na descrição da sua origem e fatores influentes no curso do desenvolvimento da perturbação - compreensão etiológica. Assim, cada abordagem teórica irá definir o fenómeno dependendo da importância que atribui a cada componente envolvido na perturbação, dando lugar a uma larga diversidade de perspectivas e de definições do constructo (Martins, 2011).

Vários fatores podem contribuir para a ocorrência da depressão, variando de situação para situação e de pessoa para pessoa. Sabe-se, por exemplo, que algumas variáveis podem condicionar, à partida, o risco de depressão na idade adulta, tais como o sexo feminino, indivíduos “sozinhos” (viúvos, divorciados, solteiros), ausência de uma rede social de apoio (e.g. comunidades religiosas), tipo de relações interpessoais (e.g. sistema de vinculação) e uma educação empobrecida (Green, 2000). Se o indivíduo apresentar um ou mais destes fatores de vulnerabilidade, serão os acontecimentos precipitantes que irão determinar o desenvolvimento da perturbação (Gotlib & Hammen, 2002; Jones, 1998).

A dificuldade em conceptualizar a depressão de forma consensual deve-se assim à complexidade do fenómeno e dos fatores influentes, revelando-se uma perturbação do humor, de natureza multifatorial que envolve inúmeros aspetos de ordem biológica, psicológica e social e que tem um forte impacto funcional em qualquer faixa etária (Lucanin, Lucanin & Havelka, 2011; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

## **1.2. Depressão no Idoso**

É comum os idosos experienciarem várias mudanças stressantes no seu ciclo de vida: a reforma, o afastamento do seio familiar, doença severa, morte do cônjuge, etc., “submetendo-os” a uma sucessão de mudanças inevitáveis e a uma maior vulnerabilidade quando comparados com outras faixas etárias (Blazer, 2002; Kilic, Karada, Kocak & Korhan, 2014). Assim, o principal desafio do envelhecimento é o confronto com essas mesmas mudanças (e consequentes perdas), exigindo-se um esforço por parte do idoso para se adaptar, de forma a garantir a manutenção da qualidade de vida. Quando tal não ocorre, abrem-se portas para a redução da autoestima e uma menor satisfação com a vida, conduzindo, eventualmente, o idoso a experienciar a solidão e a depressão (Kilic et al., 2014).

A depressão nos idosos distingue-se da que comumente incorre na população mais jovem, podendo ser isto visível na manifestação de sintomas: no caso dos idosos, como noutras idades, a depressão é experienciada com humor deprimido, sendo este o sintoma central, associando-lhe, seguidamente, pensamentos pessimistas, diálogo suprimido e diversos sintomas somáticos. Os idosos depressivos podem ou não exibir a perda da autoestima e culpa, que são características da depressão em jovens adultos, sendo mais propensos a apresentar-se como apáticos ou agitados, ansiosos e preocupados com as queixas físicas (Green, 2000). Sentimentos como os de desamparo, falta de esperança e inutilidade encontram-se presentes em sujeitos deprimidos em todas as fases do ciclo de vida. Porém, os idosos queixam-se de uma sensação de falta de esperança e desamparo face ao futuro, algo possivelmente em consonância com a realidade, dadas as dificuldades a que possam ter que fazer face (e.g. doenças físicas), tornando o idoso cada vez mais dependente dos outros (Blazer, 2002) e conduzindo-o a confrontar-se com a ideia de finitude.

### *1.2.1. Etiologia da depressão no idoso*

Segundo Marques et al. (1989, citado por Fernandes, 2000), são passíveis de identificar três importantes determinantes da génese da depressão na idade adulta avançada: (a) determinantes ambientais (e.g. o isolamento e a falta de convívio social, a ausência de trabalho, história de depressão antecedente, viuvez, institucionalização em casas asilares, baixo rendimento, nível educacional baixo, etc.); (b) determinantes genéticos predisponentes para a depressão em idades tardias; e (c) determinantes orgânicos que se referem à enorme variedade de doenças orgânicas que possam apresentar sintomas desta natureza.

De igual forma, também a teoria psicodinâmica clássica contribui para o entendimento da génese da depressão na idade adulta avançada, salientando o contributo, para esta, das

perturbações no desenvolvimento das representações de objeto. Tais representações são estabelecidas através de interações interpessoais durante o ciclo de vida, partindo das experiências precoces do bebé com o seu cuidador (geralmente a mãe). Assim, variadíssimas formas de psicopatologia em adultos são determinadas, em parte, por diferentes perturbações nos esquemas de representação, conseqüentes das perturbações na relação entre a criança e o seu cuidador (Blatt, 2004). Quando a relação da díade mãe-criança é prejudicada, ocorre uma rutura relacional e a falta de sincronia da mãe com os apelos da criança conduz a uma ferida narcísica, que por sua vez abre espaço a uma angústia de perda de amor do objeto, sustentando a tendência à depressão em fases de desenvolvimento tardias (Pardinielli & Bernoussi, 2004). Freud (1980) aponta a importância da perda (intrapsíquica, sobretudo) de outros significativos ou de uma abstração colocada no seu lugar para a ocorrência da depressão. Face a uma perda, o ego do sujeito inscreve-se num contexto de vazio e pobreza, assinalando um retorno da libido ao mundo interno e não externo, dando lugar a uma culpabilidade que tem a sua origem nos conflitos entre o superego e o ego (Pardinielli & Bernoussi, 2004).

Blazer (2002) apresenta uma revisão de literatura sobre as origens psicodinâmicas da depressão na idade adulta avançada. Num primeiro momento, o autor aponta o postulado central comum a todas as teorias psicodinâmicas, referindo a existência de uma continuidade dos processos mentais da infância por todo o ciclo de vida, sendo que os conflitos afetivos que ficaram por resolver acabarão por reemergir mais tarde. Tais conflitos associados a uma tentativa de adaptação ao processo de envelhecimento (essencialmente constituído por perdas significativas e, por isso, percebido como negativo) podem levar à instalação de um quadro depressivo no idoso. Em seguida, o mesmo autor, expõe várias teorias face à origem da depressão na idade adulta avançada, destacando variadíssimos autores. Assim, Busse et al. (1955, citado por Blazer, 2002) postulam que as perdas típicas da idade adulta avançada originam sentimentos de autoculpabilização e/ou culpabilização de outros, provocando sofrimento psíquico. Gutheil (1959, citado por Blazer, 2002) refere que choques externos propiciam mais depressão em idosos, dada a percepção destes de se encontrarem em risco acrescido e de terem menor controlo sobre estímulos dolorosos. Bibring e Zetzer (1965, citado por Blazer, 2002) descrevem a depressão como um estado defensivo do ego que impossibilita a aceitação passiva da inevitabilidade do envelhecimento e das perdas associadas a este. Wigdor (1980, citado por Blazer, 2002) aponta o facto de o idoso não encontrar na sociedade novos papéis sociais, de forma a satisfazer as suas necessidades de reconhecimento e preservação da autoestima, dando lugar a sentimentos depressivos. Desta forma, considera-se que a depressão é influenciada tanto por fatores internos como externos.

A depressão no idoso pode ser evitada ou mesmo minimizada, através do apoio que este recebe das relações interpessoais que estabelece. Uma forte rede de apoio (seja ela oriunda de relações de vinculação, relações entre pares, relação com Deus, etc.) pode ajudar o idoso a evitar ou enfrentar a depressão (Papalia et al., n.d., citado por Irigarayi & Schneider, 2007), dado o auxílio instrumental e afetivo que lhe é prestado, aumentando os recursos do idoso para o combate às adversidades a que necessita fazer face. Desta forma, determinados contextos afetivos podem tanto desencadear quanto proteger o idoso contra o surgimento de sintomatologia depressiva, dependendo da sua ausência ou permanência, assim como da sua qualidade. A existência de redes de apoio é, assim, considerada de grande importância na idade avançada, sendo essencial para assegurar uma autoavaliação positiva, uma maior saúde mental e a satisfação com a vida, considerando-se como protetora da saúde mental dos indivíduos (Paúl, 2005).

Também o sentimento de controlo desempenha um papel protetor contra sintomas depressivos (Jeon & Dunkle, 2009), apesar de se esperar um declínio deste ao longo do curso de vida (devido à crescente dependência e declínios físicos e psicológicos associados ao envelhecimento). Ainda assim, acontecimentos de vida positivos contribuem para um rápido aumento da sensação de controlo (Jeon & Dunkle, 2009).

Posto tudo isto, relações interpessoais positivas e competências pessoais parecem proteger o indivíduo contra o desenvolvimento de uma depressão numa idade tardia (Blatt, 2004).

## 2. A Vinculação

### 2.1. História e Conceitos-chave

A Teoria da Vinculação inicialmente desenvolvida por Bowlby (1969; 1973; 1980) é uma das abordagens teóricas mais importantes no que toca às relações interpessoais. Postula a existência de um sistema inato de autorregulação do comportamento (o sistema de vinculação) que, através de um mecanismo de feedback negativo, persegue o objetivo de manter a proximidade de uma figura protetora e de confiança - a figura de vinculação (Moreira, et al., 2006).

Segundo Hazan e Shaver (1987), esta figura de vinculação é normalmente escolhida por dar resposta aos sinais de angústia do sujeito e pela qualidade dessa mesma resposta. Assim, as relações precoces desenvolvidas com o principal prestador de cuidados têm uma grande influência no desenvolvimento social e emocional da criança. Estas relações organizam as funções mentais e, conseqüentemente, as percepções, os pensamentos, as memórias, as crenças, os sentimentos, os desejos, etc., através da comunicação de emoções e troca de estados mentais (Monteiro, 2009).

Embora este sistema atinja o seu auge de influência sobre o comportamento durante os primeiros anos de vida, Bowlby (1969) afirmou, desde muito cedo, que o comportamento de vinculação caracteriza o ser humano desde o berço à sepultura. O fenómeno da vinculação tem uma origem evolutiva e existe de forma universal na espécie humana, ainda que com diferenças individuais no comportamento vincutivo. Tais diferenças foram primeiramente estudadas por Ainsworth e Bell (1970) através da experiência da *Situação Estranha* - situação na qual é provocada uma tensão na relação com as figuras parentais, ativando, portanto, o sistema de vinculação. Desta resultaram dois principais tipos de vinculação que se organizam em três padrões de vinculação: o seguro e o inseguro (evitante e ansioso/ambivalente), tendo sido posteriormente acrescentado um quarto padrão por Main e Solomon (1990), o padrão inseguro desorganizado.

De uma forma geral, a **vinculação segura** está assente numa comunicação colaborativa e contingente, dinâmica e interativa, onde se respeitam os momentos de autonomia e dessintonização e em que as estratégias de reparação e reconexão respondem a momentos de desconexão. Este padrão de vinculação caracteriza-se por uma alternância equilibrada entre os comportamentos de vinculação e os de exploração, o que facilita a autonomia da criança. A **vinculação insegura**, por sua vez, surge quando a autonomia, as estratégias de reparação e a contingência de resposta são perturbadas ou deficientes, provocando um aumento de disfunção psicológica, física ou social (Ainsworth et al., 1970).

Estas classificações refletem diferenças nas representações mentais, baseadas nas diferentes organizações da experiência de vinculação. Para salientar a natureza destas representações mentais, Bowlby (1969) dá-lhes o nome de '*modelos internos dinâmicos*'. Estes são definidos como um conjunto de regras, conscientes e inconscientes, construídos no contexto da relação criança-figura de vinculação e que permitem organizar a experiência sob a forma de representações generalizadas sobre o *self*, as figuras de vinculação e as relações estabelecidas entre ambos. Estes modelos mantêm-se relativamente estáveis ao longo do ciclo de vida do indivíduo (Soares, 2000, citado por Lima, Vieira & Soares, 2006), contudo as estratégias de vinculação podem mudar entre as várias relações e na duração destas, não se constituindo assim, o estilo de vinculação como um traço do indivíduo (Moreira, 2011).

Bowlby (1969) teoriza sobre o modo como os padrões de resposta e de funcionamento identificados na infância (ao longo da formação do vínculo afetivo), conduzem à compreensão das diversas trajetórias de desenvolvimento adaptativas ou não-adaptativas do indivíduo. Neste seguimento, as experiências precoces da criança são perspetivadas como delimitando e tendo influência sobre a qualidade do seu percurso de vida, até uma idade tardia. Dada a sua presença ao longo de todo o ciclo de vida, trata-se de uma base essencial no desenvolvimento de cada sujeito, sendo o núcleo das relações interpessoais.

## **2.2. Vinculação no adulto**

Na sua obra, Bowlby (1969) refere-se à continuidade da vinculação ao longo da vida adulta. Existem relações próprias da idade adulta, nas quais se incluem as relações românticas, que apresentam critérios similares àqueles encontrados na vinculação na infância (Ainsworth, 1989). No entanto, apresentam duas diferenças claras: 1) contrariamente à vinculação na infância (de tipo complementar), a vinculação na idade adulta será uma relação com prestação de cuidados recíprocos e 2) a relação de vinculação na idade adulta possui uma componente sexual (Hazan & Shaver, 1987). Hinde e Stevenson-Hinde (1986, citado por Canavarro, Dias & Lima, 2006) apontam uma terceira diferença, referindo-se ao facto de serem necessários acontecimentos indutores de *stress* mais fortes para ativar o sistema de vinculação. Tal deve-se ao desenvolvimento da capacidade de representação que permite fixar a figura de vinculação e a maior destreza para lidar, de forma autónoma, com pequenas adversidades do dia-a-dia.

Hazan e Shaver (1987) foram os primeiros autores a centrarem a sua atenção nas relações amorosas e vinculação nos adultos, baseando-se nos estudos de Ainsworth (1989). Através de um ponto de vista categorial, onde os padrões são tidos como categorias descontínuas, testaram a existência dos três estilos de vinculação que deveriam manifestar-se nos adultos: o estilo



*seguro*, o estilo *evitante* e o estilo *ansioso/ambivalente*. No entanto, esta conceptualização não permitia compreender de forma mais alargada a extensão dos padrões de vinculação nos indivíduos. Neste seguimento, e com o intuito de construir uma conceptualização dimensional da vinculação, Collins e Read (1990) defendem que aos três estilos de vinculação (*seguro*, *ansioso* e *evitante*) estão ligadas três dimensões, *close*, *depend*, e *anxiety*. Assim, pessoas avaliadas como possuindo um *estilo seguro*, sentem-se satisfeitas com as suas relações e normalmente veem os parceiros como sendo pessoas de confiança (apresentam valores mais altos na dimensão *close*). Por outro lado, no *estilo evitante*, os adultos mostram desconforto nas suas relações mais íntimas, sentem-se nervosos com a proximidade dos parceiros, e têm dificuldade em ver os outros como sendo merecedores da sua confiança e em depender destes, apresentando valores mais baixos na dimensão *depend*. Opondo-se ao anterior, o *estilo ansioso/ambivalente* é caracterizado por indivíduos que percebem que os outros se sentem relutantes a aproximar-se de si, acreditando que não merecem o amor destes. Têm um grande receio do abandono e, portanto, é difícil para eles confiar no outro e/ou nas suas relações. Querem estar muito próximos do parceiro e têm muito medo que este os rejeite, revelando valores mais altos na dimensão *anxiety*.

Também Bartholomew e Horowitz (1991) apresentam uma visão dimensional da vinculação e afirmam que os indivíduos não terão um padrão de vinculação fixo, mas sim uma maior ou menor tendência (relativamente estável) de acordo com a relação. São propostos quatro padrões de vinculação construídos através da conjugação da imagem (positiva ou negativa) do indivíduo sobre si e os outros. Pessoas que têm modelos positivos de si e dos outros caracterizam-se por um padrão *seguro*; modelos negativos de si mas positivos dos outros apresentam um padrão *preocupado*; modelos positivos de si mas negativos dos outros apresentam um padrão *evitante-desligado* e modelos negativos de si e dos outros, apresentam um padrão *evitante*, caracterizado pelo medo ou receio.

Vários estudos das diferenças individuais sobre estes tipos de estilos de vinculação chegaram à conclusão, contrariamente à defesa de Collins e Read (1990), de que existem duas grandes dimensões subjacentes ao fenómeno da vinculação (Simpson, Rholes & Nelligan, 1992): a *evitação* e a *ansiedade/preocupação*. A *evitação* está altamente associada ao desconforto com a proximidade e com a dependência dos outros, com a evitação da intimidade e com uma baixa autoconfiança. A *ansiedade/preocupação*, está altamente associada ao medo de abandono, à preocupação e ao medo de rejeição (Brennan, Clark & Shaver, 1998). Estas dimensões em interação criam diferentes categorias vinculativas (Bartholomew, 1990).

É de salientar, que ao longo do tempo, diversos autores têm, também, procurado distinguir as relações de vinculação na idade adulta de outras estabelecidas na mesma época do ciclo de vida, salientando sempre a sua função única de promover uma sensação de segurança e pertença. Neste sentido, as relações de vinculação na idade adulta distinguem-se das de afiliação (Weiss, 1982; West & Sheldon-Keller, 1994, citados por Canavarro et al., 2006), dependência (Ainsworth, 1972; Rutter, 1995, citados por Canavarro et al. 2006) e das que comportam somente um envolvimento sexual (Berman & Sperling, 1994; West & Sheldon-Keller, 1994, citados por Canavarro et al., 2006).

### **2.3.Vinculação no Adulto (idoso) enquanto vulnerabilidade à depressão**

São três as ideias essenciais sobre a teoria da vinculação. A primeira assenta na crença de uma forte influência do comportamento das figuras parentais no desenvolvimento socio-emocional e na formação da identidade do indivíduo. A segunda diz respeito à crença de que esta influência é estabelecida precocemente mas que serve de base à construção de um modelo interno (relativamente estável, ainda que flexível) que irá orientar posteriores interações e relações de vinculação (nomeadamente entre pares e parceiros românticos na vida adulta). A terceira, foca a crença de que essas experiências, que orientam e ativam o modelo fornecido pelas figuras parentais, incluem um potencial para produzir interações ansiosas, devido a sentimentos de perda de amor ou de uma pessoa amada. Assim, tal influência parental sobre a identidade está diretamente ligada aos *modelos internos dinâmicos*, que facilitarão (ou não) a saúde mental, tornando o indivíduo adulto mais vulnerável ou resiliente à psicopatologia (Monteiro, 2009), como a depressão.

Posto isto, a vulnerabilidade à depressão na idade adulta (avançada) é consequência do modo como o indivíduo organizou/elaborou os acontecimentos adversos do passado (e.g. falta de sensibilidade às suas necessidades, perdas e desapontamentos), que por sua vez irá influenciar a forma como estabelece novas relações de vinculação na idade adulta, resultando numa vincada tendência de resposta a acontecimentos adversos sob a forma de sentimentos de abandono/desamparo e desespero (Guidano, 1987). Assim sendo, torna-se essencial notar que não basta a ocorrência de acontecimentos adversos para a instalação de um quadro depressivo, destacando-se, assim, a importância e a contribuição para esta instalação do mundo interno do sujeito, das suas organizações, capacidades e relações pessoais e íntimas (Monteiro, 2009).

A segurança na vinculação protege contra a formação de perturbações psicológicas, pelo que os indivíduos seguros parecem estar melhor ajustados e adaptados e menos predispostos a enfrentar problemas psicológicos do que indivíduos inseguros. Isto pode ser explicado, em

parte, devido ao facto dos indivíduos com uma vinculação segura terem uma maior capacidade de regular as suas emoções, comparativamente com aqueles com uma vinculação insegura (Soares, 2009). Esta vinculação segura provém de uma segurança de base (desenvolvida ao longo das experiências anteriores), que fornece a estabilidade para uma organização plena, gradual e sustentada das suas cognições e afetos. De acrescentar ainda que uma vinculação segura permite capacidades representativas mais elaboradas que ajudam a enfrentar as dificuldades (Soares, 2009).

No adulto idoso, a importância da vinculação no enquadramento da depressão faz-se sentir de forma ainda mais acentuada. Dada a sucessão e frequência de perdas típicas da idade adulta avançada, já referidas anteriormente, o estabelecimento de uma relação de vinculação segura é indispensável, uma vez que esta visa o encontro de uma fonte de conforto, segurança e aconselhamento na reposição do equilíbrio destabilizado (Soares, 2009). Quando tal relação de vinculação se revela insegura, o equilíbrio não é reposto, acentuando a conotação negativa das mudanças e perdas associadas, conduzindo a um mal-estar psicológico. A sintomatologia depressiva pode, assim, surgir como produto de uma combinação entre fatores adversos e um vinculação adulta insegura, dada a tendência da pessoa com este tipo de vinculação para interpretar os acontecimentos interpessoais indutores de *stress* como rejeições ou mais uma prova da sua falta de competências sociais, conduzindo a sentimentos depressivos (Hammen, Henry & Daley, 2000).

### *2.3.1. Vinculação e Depressão. Evidência Empírica*

Cooper, Shaver e Collins (1998) afirmam que indivíduos com um padrão de vinculação ansioso, experienciam níveis mais altos de sintomatologia depressiva, enquanto indivíduos seguros, experienciam valores mais baixos, assim como indivíduos com um padrão de vinculação evitante que obtêm classificações medianas nesse âmbito. O mesmo foi referido por Mickelson, Kessler e Shaver (1997, citado por Rholes & Simpson, 2004), ao apresentarem resultados que, comparativamente a um grupo de indivíduos com vinculação segura, indivíduos que exibiam um padrão de vinculação ansioso obtinham resultados mais altos numa escala que media a sintomatologia depressiva.

No que toca a estudos portugueses, Monteiro (2009), refere que quanto mais insegura é a vinculação, maior é o humor depressivo em sujeitos deprimidos. Com resultados semelhantes, Souza (2013) refere que o padrão de vinculação ansioso está associado a valores mais elevados de depressão. Feio (2012), por sua vez, apresenta resultados contrários, uma vez que encontra uma correlação negativa entre estilos de vinculação inseguros e a depressão.

A investigação sobre os tipos de vinculação associados a determinado tipo de perturbação mental mostra ainda resultados relativamente inconsistentes (Bifulco et al.,2006), sendo necessária a continuação de investigações que forneçam o seu contributo nesta área.

### 3. A Religiosidade

*“A religião influencia o sentido da vida e da morte, a forma como se encara o mundo e os homens, as alegrias e o sofrimento” (Barros, 2000, p.5)*

A importância da dimensão religiosa na vida humana tem sido debatida desde há várias décadas. Para se compreender a religião é inevitável compreender a relação desta com a cultura. Assim, podendo a cultura ser a soma total dos conteúdos, modos de pensamento e comportamentos (transmitidos de geração em geração) que distinguem os diferentes grupos de pessoas, a religião assume-se como uma das suas componentes mais importantes (Carvalho, 2006). As crenças, os valores, as motivações, as experiências, os desejos, os sonhos e os comportamentos são marcadas pela religião (Carvalho, 2006). Hood (1996) considera que a religião é um aspeto omnipresente e extremamente importante das realidades históricas, culturais, sociais e psicológicas com que o ser humano se confronta na sua vida quotidiana.

Oliveira (2000) debruça-se sobre a distinção entre o conceito de religião e o de religiosidade, defendendo que a religião é um conjunto de doutrinas e práticas que visam colocar o homem em contacto com o divino, reconhecendo um Princípio Superior, do qual se fez dependente através da fé e da fidelidade moral aos compromissos assumidos. A religiosidade, por sua vez, é a tendência para sentimentos religiosos ou abertura ao sobrenatural de forma difusa e descomprometida. Assim, a religiosidade exprime a forma subjetiva e pessoal pela qual cada indivíduo pode experienciar ou não uma religião específica.

Allport (1950) enfatizou a descrição fenomenológica do comportamento religioso. Para o autor o que está em causa é uma religiosidade madura em pessoas equilibradas, tornando-se a mesma um fator promotor desse equilíbrio, de saúde mental, de unificação e sentido de vida. Neste seguimento, Allport e Ross (1967) definiram dois polos de motivação religiosa: a *intrínseca* e a *extrínseca*, existindo um *continuum* entre estes polos, sendo que a maioria das pessoas se situaria algures entre ambos, dada a escassez de casos “puros”. Os autores afirmam que a pessoa extrinsecamente motivada “usa” a sua religião, enquanto a intrinsecamente motivada “vive” a sua religião. As pessoas com orientação religiosa extrínseca usam a religião para os seus próprios fins, sendo esta última útil de diversas maneiras: proporciona segurança e conforto, distração e/ou autojustificação. Teologicamente, são pessoas que se voltam para Deus, ainda que sem se afastar de si mesmas. A religião ocupa um lugar superficial na sua vida, sendo que as crenças religiosas foram herdadas sem reflexão sobre a escolha da filosofia religiosa (Drucker, 2005, citado por Duarte & Wanderley, 2011). Por sua vez, vivenciar a religião de maneira intrínseca significa colocar as suas crenças religiosas em primeiro lugar, viver de

acordo com seus preceitos numa atitude de comprometimento e procura do sentido da vida, constituindo-se assim a religião num quadro de referência para compreender e guiar a vida. Quaisquer outras necessidades, ainda que importantes, são consideradas de menor significância e, tanto quanto possível, postas em harmonia com as crenças religiosas, sendo assim “vivida” a religião (Allport & Ross, 1967). Em suma, o tipo intrínseco predomina em indivíduos que demonstram um compromisso com a tradição de fé por razões sinceras, relacionadas com a procura de Deus, da verdade e do espírito de confraternização, estando presentes crenças internalizadas e onde é encontrada na religião a razão de viver. No tipo extrínseco, o indivíduo usa a religião para obter outros fins e/ou resolver interesses particulares, sendo que as crenças são levemente modificadas para “encaixar” em necessidades mais primárias (proporcionar segurança, consolo, sociabilidade, distração, status, autoabsolvição) (Barricelli, Sakumoto, Silva & Araujo, 2012).

### **3.1. Religiosidade e saúde – efeitos na manifestação de sintomatologia depressiva no idoso**

As primeiras discussões sobre religião no âmbito da psicologia foram trazidas por Freud, que a considerou como “remédio ilusório” contra o desamparo. A crença na vida após a morte estaria associada ao medo da morte (análogo ao medo da castração), sendo que a situação à qual o ego estaria a reagir seria a de ser abandonado (Freud, 1980). Atualmente, a experiência religiosa deixou de ser considerada fonte de patologia e, em certas circunstâncias, passou a ser reconhecida como provedora do reequilíbrio e saúde (Peres, Simão & Nasello, 2007).

O homem é o ser que se sabe mortal e tal pensamento ganha maior relevância e motivo de reflexão quando a pessoa chega à velhice (Duarte; Lebrão; Tuono & Laurenti, 2008), dada a proximidade desta fase de vida com o momento da morte.

Diante do processo de envelhecimento surgem diversos desafios diários, dificultando a conquista da qualidade de vida do idoso e a atenção deste volta-se para o interior de si, numa atitude de autoexploração, em busca do sentido e plenitude da vida (Araújo et al., 2008). Em períodos de maior fragilidade, em que as pessoas são levadas para além dos seus limites pessoais e recursos sociais, a religião pode funcionar como uma âncora psicossocial e uma importante fonte para estabelecer a identidade face ao desempenho de um papel (Duarte, Lebrão, Tuono & Laurenti, 2008). Assim, crenças, comportamentos religiosos, práticas devocionais e atividades ligadas a grupos religiosos e de apoio social são meios usualmente encontrados pelos idosos para enfrentar cada desafio com que são confrontados. Ser membro ativo de um grupo religioso é considerado um dos mais importantes laços sociais (ao lado da

família, amigos e outros grupos sociais relevantes), pois frequentemente estes grupos oferecem dois tipos de suporte: emocional (partilha de sentimentos, compaixão), contribuindo para a redução da ansiedade e depressão, e/ou instrumental (Araújo et al., 2008). O facto de muitas vezes estar envolvido em atividades altruístas, leva a pessoa religiosa a focar-se mais nos outros em vez de adotar uma atitude egocêntrica de autocompaixão, característica da depressão, assim como aceitar resignadamente o seu destino, o perdão e a graça são atitudes que protegem o indivíduo religioso contra a depressão (Guita, Avasthi & Kumar, 2011).

O indivíduo, através da religiosidade, pode atribuir significados aos factos, compreendendo-os como parte de algo mais amplo, mediante a crença de que nada ocorre ao acaso e de que os acontecimentos de vida são determinados por uma força superior (Araújo et al. 2008; Duarte & Wanderley, 2011).

De acordo com Pargament (1997, citado por Yarhouse & Turcic, 2003), as pessoas lidam com as situações adversas (a) avaliando as implicações dessas mesmas situações, (b) avaliando os recursos de que dispõem para lidar com estas e (c) orientando-se face às situações. Para muitas das pessoas religiosas, a sua religião é o seu sistema primário de orientação, uma vez que as ajuda a mobilizar recursos para gerir as dificuldades da vida e acrescenta algo distinto e significativo ao processo de enfrentamento. Assim, a religiosidade exerce influência sobre os mais diversos contextos, estando ligada a ganhos a nível psíquico (como a redução de ansiedade, o autocontrolo e o crescimento pessoal), assim como a uma procura de significado, conforto e paz.

No entanto, é também apontado, de forma geral, o impacto prejudicial da religião na saúde mental. Segundo Schumaker (1992 citado por Pires, 2012) a religião pode gerar níveis patológicos de culpa, ansiedade e diminuir a autoestima, reprimir sentimentos como a raiva (dado que é incentivado o ato de perdoar), impedir a sensação de controlo interno, constituir um obstáculo ao crescimento pessoal e funcionamento autónomo, favorecer o conformismo (direcionando a confiança para forças exteriores), encorajar uma visão clivada do mundo ("santos" e "pecadores"), aumentar a intolerância e a hostilidade em relação aos "hereges" e interferir com o pensamento racional e crítico.

Krause (2012) refere que existem tanto aspetos positivos como negativos associados à religião. Alguns dos aspetos negativos prendem-se com a vivência de uma interação negativa entre membros da mesma igreja assim como alguma dúvida religiosa, podendo ter um efeito nocivo sobre a saúde e o bem-estar. Segundo o autor, se os aspetos positivos da vida religiosa reduzem os efeitos nocivos do *stress* sobre a saúde e o bem-estar, é legítimo pensar-se que as dimensões negativas da religião podem exercer o efeito contrário.

### 3.1.1. *Religiosidade e Depressão. Evidência Empírica*

No que toca aos estudos que se debruçaram sobre a relação entre o conceito de religiosidade e a depressão, é possível referir que são vários (Duarte & Wanderley, 2011; Guita, Avasthi & Kumar, 2011; Stanley et al., 2011; Yarhouse, & Turcic, 2003) os que, de uma forma geral, têm sugerido que certos aspetos da religiosidade (e.g., envolvimento em eventos religiosos públicos, motivação religiosa intrínseca, envolvimento em cerimónias religiosas) estão associados a menores níveis de *stress* e depressão, uma vez que constituem uma “arma” eficaz no combate aos efeitos indesejáveis do stress (Krause, 2012). Comportamentos religiosos promovem um estilo de vida saudável, um maior bem-estar, uma maior satisfação com a vida e baixos níveis de *stress* psicológico, assim como uma relação próxima com Deus seria uma fonte de conforto e autoestima (Krause, 2012).

No que toca, especificamente, ao tipo de orientação religiosa, Pargament (2002, citado por Yarhouse & Turcic, 2003) refere que uma religiosidade internalizada, intrínseca e madura reduz a ansiedade existencial através da associação espiritual a uma entidade onipotente, promove o bem-estar emocional, ajuda a enfrentar a dor e o sofrimento, fornece soluções para conflitos emocionais, estabelece uma orientação ética e moral que afasta o sujeito de práticas e estilos de vida autodestrutivos e promove a coesão social através de um ritual catártico coletivo. Apoiando esta ideia, vários são os estudos que sugerem que a orientação religiosa intrínseca está usualmente associada a uma melhor saúde e bem-estar, enquanto para a orientação religiosa extrínseca se encontram resultados opostos (Beit-Hallahmi & Argyle, 1997; Koenig et al., 2004; Wulff, 1997, citado por Genia & Shaw, 1991; Maltby & Day, 2000; Smith, McCullough & Poll, 2003), ainda que tais resultados sejam ainda pouco consensuais.

No que toca a estudos portugueses, é possível referir estudos como os de Dias (2011) e o de Pires (2012) que encontram uma associação entre a orientação religiosa extrínseca e maiores níveis de depressão.



## Capítulo 2. Objetivos e Metodologia

### 1. Delimitação do Problema, Objetivos e Hipóteses

O objetivo deste projeto de investigação é estudar de que forma a vinculação, a religiosidade e a depressão em mulheres portuguesas idosas (idade igual ou superior a 65 anos) se relacionam entre si.

A relação entre religião e a prevalência das principais perturbações mentais, nomeadamente a depressão, tem sido tópico de crescente interesse científico. No entanto, e embora a maioria dos estudos, principalmente norte-americanos, apontem para uma possível ação protetora da religiosidade sobre a saúde mental, os dados referentes à realidade portuguesa são ainda escassos, remetendo para a necessidade de mais estudos referentes a tal problemática nesta população. A mesma necessidade é verificada quando o que está em questão é a relação entre a vinculação e a depressão. Segundo a literatura é sugerido que estilos de vinculação mais inseguros estão associados a maiores níveis de sintomatologia depressiva. No entanto, tais conclusões são, também, ainda pouco consensuais face à população portuguesa.

Apesar da existência de investigações em Portugal focadas na influência que estas duas variáveis (vinculação e religiosidade) exercem sobre a saúde mental, não se encontram estudos que as contemplem simultaneamente. Dado que a depressão é constituída por elementos influenciados por estas duas variáveis (ex: perceção sobre o próprio self e os outros, crença de se merecer ser amado, sentimentos de culpa, sentimento de competência, etc.), torna-se pertinente um estudo que contemple as variáveis depressão, vinculação e religiosidade em simultâneo. Igual pertinência tem um estudo que tente contemplar também uma possível relação entre a vinculação e a orientação religiosa. Assim, é no âmbito de dar resposta a estes dois grandes objetivos que o presente estudo se insere, estabelecendo-se os seguintes objetivos específicos:

1) Analisar a relação entre a orientação religiosa e a sintomatologia depressiva.

- **Hipótese 1:** Espera-se que uma orientação religiosa intrínseca se correlacione negativamente com a intensidade de sintomatologia depressiva.
- **Hipótese 2:** Espera-se que uma orientação religiosa extrínseca se correlacione positivamente com a intensidade de sintomatologia depressiva.

2) Explorar a relação entre a prática religiosa e a sintomatologia depressiva.

3) Analisar a relação entre o estilo de vinculação e a sintomatologia depressiva.

- **Hipótese 3:** Espera-se que as duas dimensões da vinculação (evitação e preocupação) se correlacionem positivamente com maiores níveis de sintomatologia depressiva.

4) Explorar a relação entre as dimensões da vinculação e a orientação religiosa.

5) Explorar o peso relativo da religiosidade e da vinculação na sintomatologia depressiva.

6) Analisar a relação entre a sintomatologia depressiva e os dados sociodemográficos: idade, nível de instrução, estado civil e situação profissional.

## **2. Amostra Estudada**

Tendo em conta os objetivos específicos do presente estudo, a amostra utilizada foi selecionada tendo por base os seguintes critérios: sujeitos do sexo feminino, com idade igual ou superior a 65 anos.

A amostra deste estudo é do tipo de conveniência, uma vez que os questionários foram respondidos por indivíduos que se disponibilizaram para tal, no âmbito dos contactos da investigadora, assim como através do efeito de “bola de neve”.

A amostra é constituída por 40 indivíduos do sexo feminino, com idades compreendidas entre 65 e 96 anos, com uma média de 74.38 anos e um desvio padrão de 7.40.

O número de filhos varia entre os 0 e os 6, existindo uma média de 2 filhos, com um desvio padrão de 1.43.

As restantes características sociodemográficas da amostra são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1. *Características Sociodemográficas da Amostra*

		Frequência	%
Estado Civil	Solteira	4	10
	Casada	12	30
	Separada/divorciada	4	10
	Viúva	20	50
Nível de Instrução	Não foi à escola	3	7.5
	< de 4 anos	9	22.5
	4ª classe	12	30
	6 anos	5	12.5
	9 anos (antigo 5º ano)	7	17.5
	11 anos (antigo 7º ano)	1	2.5
	Bacharelado/Licenciatura	3	7.5
Situação Profissional	Reformada	38	95
	Dona de Casa	2	5
Agregado familiar	Vive com marido/companheiro	12	30
	Vive com filhos	12	30
	Vive com netos	1	2.5
	Vive sozinha	11	27.5
	Outros	4	10
Estatuto Religioso	Católica praticante	25	62.5
	Católica não praticante	15	37.5

### 3. Instrumentos

Foram utilizados um Questionário Sociodemográfico, um Questionário de Prática Religiosa, o Questionário de Experiências em Relações Próximas (QERP), Escala de Orientação Religiosa-R e a Escala de Depressão CES-D - Centro de Estudos Epidemiológicos, sendo estes descritos em seguida.

#### 3.1. Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico é constituído por 6 questões, visando recolher informação sobre a idade, o nível de instrução, a profissão, o estado civil e os dados familiares (constituição do agregado familiar e número de filhos).

### 3.2. *Questionário de Prática Religiosa*<sup>1</sup>

O Questionário de Prática Religiosa utilizado neste estudo é uma versão reduzida do instrumento com o mesmo nome que tem sido utilizado em vários estudos dirigidos por Gonçalves e Fagulha. Esta versão inclui apenas uma questão sobre o estatuto religioso assumido (*católica praticante, católica não praticante, cristã não católica, sem religião, outro*) e cinco questões sobre a prática religiosa atual. As questões sobre a prática religiosa referem-se à frequência com que, atualmente, a pessoa vai à missa (ou a outra cerimónia religiosa), reza, comunga, se confessa e participa noutras atividades religiosas. A resposta é dada numa escala de Likert de 4 pontos (“nunca”, “de vez em quando”, “semanalmente”, “mais do que uma vez por semana ou diariamente”), cotada de zero a três. A soma das cotações destes cinco itens constitui um índice da prática religiosa atual, adequado para pessoas de religião católica. No caso de outras religiões cristãs, tem de se avaliar caso a caso quais os itens pertinentes.

### 3.3. *Questionário de Experiências em Relações Próximas (QERP)*

O QERP, desenvolvido por Brennan, Clark e Shaver (1998), traduzido e adaptado por Moreira et al. (2006), é constituído por 36 itens, que se dividem em duas escalas compostas cada uma por 18 itens, correspondentes à dimensão de Evitação e à dimensão de Preocupação.

No presente estudo foi utilizada uma versão reduzida, visando a redução do tempo de participação. Tal se deve ao facto de esta ter sido aplicada juntamente com outros questionários a uma população cuja participação é mais lenta.

A versão reduzida da escala é constituída por 12 itens, 6 dos quais medem a Preocupação (e.g. “Fico ressentida quando os meus parceiros passam tempo longe de mim”) e os restantes medem a Evitação (e.g. “Fico nervosa quando os meus parceiros se tornam demasiado próximos”).

Os itens estão intercalados, de forma sistemática, sendo que os números ímpares correspondem à dimensão Evitação e os números pares são correspondentes à dimensão Preocupação. Os itens são avaliados numa escala de Likert de 1 (“Discordo Fortemente”) a 7 (“Concordo Fortemente”).

A cotação deste questionário implica que sejam invertidos os itens 1,5 e 7, estando estes formulados no sentido inverso aos restantes.

---

<sup>1</sup> Versão experimental disponibilizada pelos autores.

### 3.4. Escala de Orientação Religiosa

Como medida de religiosidade foi utilizada a *Escala de Orientação Religiosa*, versão portuguesa de Linares (2009), da *Intrinsic/Extrinsic Scale - Revised (I/E-R)* de Gorsuch e McPherson (1989).

Esta versão revista pretende aumentar a validade da escala original de Allport e Ross (1967). A versão utilizada compreende 14 itens. Os itens 1, 3, 4, 5, 7, 10, 12 e 14 correspondem à escala de Religiosidade Intrínseca (RI) (sendo que os itens 3, 10 e 14 são cotados inversamente), os itens 6, 8 e 9 correspondem à escala de religiosidade Extrínseca-Pessoal (REp) e os itens 2, 11 e 13 à escala de Religiosidade Extrínseca-Social (REs). As respostas são dadas numa escala de Likert de cinco pontos, com as seguintes opções e respetivas pontuações: 1- “Discordo totalmente”, 2-“Discordo em Parte”, 3-“Não tenho a certeza”, 4-“Concordo em Parte”, 5- “Concordo totalmente”.

Aquando da sua cotação é obtido um valor para as subescalas de RI, RE (Total), REp e REs.

### 3.5. Escala de Depressão CES-D - Centro de Estudos Epidemiológicos

A sintomatologia depressiva foi avaliada pela versão portuguesa, adaptada por Gonçalves e Fagulha (2004), da *Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale*, desenvolvida por Radloff (1977).

A escala é constituída por 20 itens que representam as componentes mais importantes da sintomatologia depressiva, identificadas a partir da literatura clínica e dos estudos de análise fatorial. É avaliada a frequência da ocorrência destes sintomas depressivos na última semana, através de uma escala de 4 pontos: 0 - “nunca ou muito raramente”, 1- “ocasionalmente”, 2 - “com alguma frequência”; 3 - “com muita frequência/sempre”.

O resultado total da escala é obtido através do somatório dos itens, podendo variar entre 0 e 60. Quanto maior o resultado total, maior é a intensidade da sintomatologia depressiva expressa pelo indivíduo.

A CES-D não permite fazer um diagnóstico dicotómico sobre a presença ou ausência de uma perturbação depressiva, mas sim fazer uma avaliação da intensidade sintomatológica depressiva. Pode, no entanto, ser usada para efeitos de triagem/despiste inicial ou para avaliação da intensidade da sintomatologia depressiva, tendo sido proposto pelos autores da adaptação da escala para a população portuguesa o valor de 20 como ponto de corte (Gonçalves & Fagulha, 2004).

#### **4. Procedimento**

Os dados da amostra foram recolhidos entre os meses de Fevereiro e Junho de 2015.

Foi entregue um formulário de consentimento informado a todos os sujeitos, contendo uma breve explicação dos objetivos da investigação, agradecimento pela participação, garantia de confidencialidade no tratamento dos dados e o contacto da investigadora para futuros esclarecimentos acerca da investigação.

Após a leitura do consentimento informado (e respetiva assinatura, comprovando a participação esclarecida e voluntária) foi solicitado aos participantes que preenchessem os instrumentos acima descritos. Devido à baixa escolaridade de uma parte das participantes, alguns questionários foram respondidos na presença da investigadora, tendo sido necessário nalguns casos que esta lesse e preenchesse os mesmos, segundo as respostas fornecidas pelas participantes.

Posteriormente à recolha dos instrumentos, procedeu-se à análise de resultados, tendo estes sido analisados com recurso ao *software* IBM SPSS versão 22<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Statistical Package for the Social Sciences.

### Capítulo 3. Resultados

Procedeu-se, em primeiro lugar, à análise descritiva no que diz respeito à prática religiosa, orientação religiosa, dimensões da vinculação e sintomatologia depressiva: cálculo das frequências, média e desvio-padrão.

O Quadro 2 retrata a distribuição das pontuações obtidas pelas participantes no Questionário de Prática Religiosa (QPR), nas várias subescalas da Escala de Orientação Religiosa-R e no Questionário de Experiências em Relações Próximas e na Escala de Depressão (CES-D).

Quadro 2. *Pontuação no Questionário de Prática Religiosa, subescalas de Orientação Religiosa, subescalas de Vinculação e Escala de Depressão*

		Média	Desvio-padrão
QPR	Prática religiosa	6.10	3.22
E.O.R	Intrínseca	29.38	6.46
	Extrínseca (total)	20	5.27
	Extrínseca Pessoal	12.95	2.73
	Extrínseca Social	6.80	3.47
QER	Evitação	2.48	0.99
	Preocupação	3.80	1.51
CES-D	Sintomatologia depressiva	21.43	12.34

A pontuação no Questionário de Prática Religiosa variou entre 1 e 14 e o valor do Alfa de Cronbach foi de .80.

O Quadro 3 apresenta as pontuações médias na escala da depressão em função das práticas religiosas. Dividiu-se a amostra em dois grupos (pouco praticantes e muito praticantes), com base no índice de prática religiosa atual que apresentavam no Questionário de Prática Religiosa (QPR), tendo-se considerado como ponto de corte o valor da mediana, i.e. o valor de 8.

Quadro 3. *Médias na CES-D em função da Prática Religiosa (t de Student)*

Prática Religiosa	n =	Média	Desvio-padrão
Pouco praticantes	31	22.35	12.19
Muito praticantes	9	18.22	13.07

As pontuações médias obtidas na escala CES-D nos dois grupos são próximas, tendo o teste t confirmado que a diferença entre os dois grupos não é significativa ( $t = 0.88$ ;  $p = 0.383$ ). Os dados não permitem confirmar que as pessoas com maior prática religiosa apresentam menos sintomatologia depressiva

O Quadro 4 apresenta os valores da correlação de Pearson entre a pontuação nas subescalas da Escala de Orientação Religiosa e as pontuações na CES-D e nas subescalas do Questionário de Experiências em Relações Próprias

Quadro 4. *Correlação de Pearson entre a pontuação nas subescalas da Escala de Orientação Religiosa e as pontuações na CES-D e nas subescalas do Questionário de Experiências em Relações Próprias*

	Intrínseca	Extrínseca (global)	Extrínseca Pessoal	Extrínseca Social
Sintomatologia depressiva (CES-D)	- .09	.49**	.26	.50**
Evitação	- .25	- .04	- .25	.22
Preocupação	- .12	.41**	.15	.41**

\*\* Correlação significativa a um nível de 0.01

Verifica-se uma correlação positiva moderada entre a religiosidade extrínseca (valor global) ou, mais especificamente, a religiosidade extrínseca social e a intensidade de sintomatologia depressiva. No que toca à relação entre a vinculação e a orientação religiosa, destaca-se uma correlação positiva moderada entre a dimensão preocupação e a orientação religiosa extrínseca, nomeadamente, a extrínseca social.



O Quadro 5 apresenta as correlações entre as pontuações obtidas na CES-D e as pontuações nas duas subescalas da Escala de Vinculação

Quadro 5. *Correlação de Pearson entre a pontuação na CES-D e a pontuação nas subescalas da Escala Vinculação*

	Evitação	Preocupação
Sintomatologia depressiva CES-D	.04	.65**

\*\* Correlação significativa a um nível de 0.01.

Verifica-se uma correlação positiva forte entre a dimensão preocupação da vinculação e a intensidade de sintomatologia depressiva.

O Quadro 6 representa os resultados obtidos através de uma análise de regressão linear múltipla. Para esta tomou-se o total da pontuação na CES-D como variável dependente e considerou-se como variáveis independentes a idade, a escolaridade (dicotomizada:  $\leq 4$  anos vs.  $> 4$  anos), a pontuação na Escala de Prática Religiosa, a pontuação global na subescala de Religiosidade Extrínseca e a pontuação na subescala de Religiosidade Extrínseca Social da Escala de Orientação Religiosa e ainda a pontuação nas subescalas de Evitação e de Preocupação do Questionário de Experiências em Relações Próximas.

Quadro 6. *Regressão Linear Múltipla entre as variáveis Vinculação, Orientação Religiosa e Sintomatologia Depressiva*

	Valor de R <sup>2</sup>	Valor de Beta
Religiosidade Extrínseca	.48	.27
Preocupação		.54

a. Variável Dependente: Total CES-D

Utilizando o método *backward*, após 6 passos, foi encontrado um modelo que inclui como preditores da sintomatologia depressiva apenas duas variáveis: a pontuação total na subescala de Religiosidade Extrínseca e a pontuação na subescala de Preocupação. Ambas as variáveis têm um efeito significativo: quanto maior a pontuação em qualquer das subescalas, maior a

pontuação na CES-D. No entanto a comparação dos coeficientes beta sugere que a influência da pontuação na subescala de Preocupação tem um efeito maior sobre a sintomatologia depressiva. Este modelo corresponde a um  $R^2$  de .48, o que indica que o modelo explica 48% da variância da variável dependente.

Em seguida, procedeu-se também à exploração de relações entre a sintomatologia depressiva e algumas variáveis sociodemográficas: idade, nível de instrução, estado civil e situação profissional. Consoante as variáveis sociodemográficas em questão realizou-se o teste t de *Student* de igualdade de médias ou o teste de Análise de Variância (ANOVA), de forma a comparar-se as pontuações médias na escala CES-D das participantes.

Os respetivos quadros serão apresentados de seguida.

Quadro 7. *Pontuação média na escala CES-D das participantes em diferentes faixas etárias*

Faixas etárias	N	Média	Desvio-padrão
Dos 65 aos 75 anos	25	21.20	11.59
Dos 76 aos 86 anos	11	21.09	12.88
Dos 97 aos 97	4	23.75	18.55
Total	40	21.43	12.34

O teste de análise de variância confirma que a diferença de médias entre as três faixas etárias não é significativa ( $F = 0.08$ ;  $p = 0.928$ ). Assim, os dados não permitem concluir que haja uma relação significativa entre a idade e a sintomatologia depressiva.

Quadro 8. *Pontuação média na escala CES-D em função do nível de escolaridade*

Nível de escolaridade	Nº de indivíduos	Pontuação média	Desvio- padrão
Igual ou inferior a 4 anos	24	22.58	12.42
Superior a 4 anos	16	19.69	12.42

As pontuações médias obtidas na escala CES-D nos dois grupos são próximas. O teste t confirma que a diferença entre os dois grupos não é significativa ( $t = 0.72$ ;  $p = 0.474$ ). Os dados não permitem confirmar uma eventual relação entre o nível de escolaridade e a sintomatologia depressiva.

Quadro 9. *Pontuação média na escala CES-D em função do estado civil*

Estado Civil	N	Média	Desvio-padrão
Solteira	4	23.75	17.06
Casada	12	21.50	13.27
Divorciada/separada	4	15.50	9.04
Viúva	20	22.10	11.96
Total	40	21.43	12.34

O teste ANOVA confirma que a diferença de médias entre os diversos estados civis não é significativa ( $F = 0.36$ ;  $p = 0.785$ ), não sendo possível concluir que haja uma eventual relação entre o estado civil e a sintomatologia depressiva.

Por fim, no que toca às pontuações médias obtidas na escala CES-D em função da situação profissional, verificou-se que as mulheres reformadas ( $n = 38$ ) apresentam um valor médio de 21.55, com um desvio-padrão de 11.86 e as mulheres donas de casa ( $n = 2$ ) apresentam um valor médio de 19.00, com um desvio-padrão de 26.87. O teste ANOVA confirma que a diferença de médias entre as diversas situações profissionais não é significativa ( $F = 0.08$ ;  $p = 0.780$ ), não permitindo concluir que haja uma relação significativa entre a situação profissional e a sintomatologia depressiva.

## **Capítulo 4. Discussão dos Resultados**

A presente amostra é maioritariamente constituída por mulheres entre os 65 e os 75 anos. No que se refere ao estado civil, a situação de viuvez é a que mais está presente, dado que metade da amostra se encontra nesta situação. No que respeita à situação profissional, a amostra é, como seria de esperar, essencialmente constituída por mulheres reformadas. Relativamente ao agregado familiar, a amostra revela alguma heterogeneidade, uma vez que as participantes se distribuem pelas várias categorias, destacando-se as que vivem com os maridos/companheiros ou com os filhos. Por fim, no que respeita ao nível de instrução também se verifica alguma heterogeneidade dentro da amostra, ainda que se observe que existem mais participantes que atingiram apenas a 4ª classe.

### **1. Relação entre a religiosidade e a manifestação de sintomatologia depressiva**

Relativamente aos objetivos e às hipóteses formuladas, estabeleceu-se como primeiro objetivo analisar a relação entre a religiosidade e a manifestação de sintomatologia depressiva.

A primeira hipótese previa encontrar uma relação negativa entre a orientação religiosa intrínseca e a intensidade de sintomatologia depressiva. No entanto, os resultados obtidos, embora pareçam ir no sentido esperado, não são estatisticamente significativos, não indo assim ao encontro da revisão de literatura (Duarte & Wanderley, 2011; Guita, Avasthi & Kumar, 2011; Stanley et al., 2011; Yarhouse, & Turcic, 2003).

Através da segunda hipótese proposta, é previsto que a orientação religiosa extrínseca se correlacione positivamente com a intensidade de sintomatologia depressiva. Esta hipótese foi corroborada, dado que foi encontrada uma correlação moderada entre a sintomatologia depressiva e a religiosidade extrínseca e, especificamente, entre a sintomatologia depressiva e a orientação religiosa extrínseca social. Tais resultados vão ao encontro do que é encontrado na literatura (Dias, 2011; Maltby & Day, 2000). Assim, o presente estudo reforça a ideia de que uma orientação religiosa extrínseca pode ser um fator de risco para o desenvolvimento da depressão.

Ao contrário do que acontece em indivíduos com uma orientação religiosa intrínseca (visando esta servir de quadro de referência para o indivíduo), a religião na vida de indivíduos extrinsecamente motivados ocupa um lugar superficial, dado que as crenças religiosas foram herdadas sem grande reflexão (Drucker, 2005, citado por Duarte & Wanderley, 2011), i.e. a crença nos valores e ideais que estão na base da religião não é tao forte e por isso os indivíduos

não “trazem” esses valores e ideais consigo na vivência do seu dia-à-dia, abrindo espaço também à dúvida religiosa (Krause, 2012). Assim, e apesar de uma das utilidades deste tipo de orientação religiosa ser precisamente a obtenção de conforto, segurança, perdão, etc. (destabilizados por eventos adversos que abrem espaço a uma possível depressão), a crença base de que essa obtenção é possível é igualmente superficial. Abre-se espaço a uma ambivalência entre o desejo de restabelecer o equilíbrio destabilizado e uma crença insegura de que tal é possível. Tal ideia pode estar na base da associação entre a orientação religiosa extrínseca (global) e a intensidade de sintomatologia depressiva.

No que respeita, especificamente, à orientação religiosa extrínseca social, esta é referida como estando voltada para os ganhos oriundos do suporte social (Kirkpatrick, 1989). Assim sendo, a associação encontrada no presente estudo parece estar a indicar que quanto maior é a procura de um rede de apoio, mais intensa é a presença de sintomatologia depressiva. Tal pode ter como possível explicação o facto de maiores níveis de intensidade de sintomatologia depressiva se instalarem na sequência dessa mesma procura em termos sociais se verificar fracassada, insuficiente ou mal sucedida, levando o idoso a acreditar que perdeu a sua “função/papel social” (perda essa típica da idade adulta avançada) (Wigdor, 1980, citado por Blazer, 2002), instalando sentimentos nocivos (e.g. culpa, autocompaixão, etc.) para o seu bem-estar e saúde mental (Busse et al., 1955, citado por Blazer, 2002; Freud, 1980; Krause, 2012). No entanto, a mesma relação pode ser explicada através do processo inverso, i.e. o facto de o idoso se encontrar deprimido (consequência da defesa do ego na aceitação passiva da inevitabilidade do envelhecimento e das perdas associadas) (Bibring & Zetzer, 1965, citado por Blazer, 2002) e sentindo-se mais vulnerável e com menor controlo sobre os estímulos dolorosos (Gutheil, 1959, citado por Blazer, 2002), pode impeli-lo a procurar uma rede de apoio (em comunidades religiosas). Esta procura é feita na expectativa de que a rede de apoio o possa ajudar a enfrentar a depressão (Papalia et al., n.d., citado por Irigarayi & Schneider, 2007) através do auxílio instrumental e afetivo que lhe é prestado, potenciando os recursos do idoso para o combate às adversidades que enfrenta. Portanto, esta interpretação alternativa, leva a considerar a religiosidade extrínseca não tanto como um fator de risco para a ocorrência de depressão mas antes como uma tentativa para lidar com as dificuldades que eventualmente levaram a que esta se instalasse.

Como segundo objetivo tentou-se perceber a relação entre as práticas religiosas e a sintomatologia depressiva. Os dados não permitem confirmar que as pessoas com maior prática religiosa apresentam menos sintomatologia depressiva. A inexistência de uma diferença

significativa pode prender-se com o facto de os desvios-padrões serem elevados em relação à média em ambos os grupos (pouco praticantes e muito praticantes), indicando a existência de uma grande variabilidade quanto à influência das práticas religiosas na intensidade de sintomatologia depressiva das participantes desta amostra. Pode-se assim pensar que a vivência prática da religião tem um impacto variado nas diversas participantes, constituindo um fator benéfico para umas mas não para outras.

## **2. Relação entre a vinculação e a manifestação de sintomatologia depressiva**

Como terceiro objetivo, tentou-se perceber a relação entre a vinculação e a manifestação de sintomatologia depressiva. Através da terceira hipótese previa-se que as duas dimensões da vinculação (evitação e preocupação) se correlacionassem positivamente com a intensidade de sintomatologia depressiva. A hipótese foi parcialmente corroborada, uma vez que se obteve uma correlação positiva forte entre a dimensão preocupação e a sintomatologia depressiva, o que sugere que idosos mais ansiosos/preocupados apresentam maior intensidade de sintomatologia depressiva. No entanto, a correlação entre a pontuação na subescala evitante e a intensidade da sintomatologia depressiva não é significativa. Posto isto, os resultados obtidos no presente estudo estão em consonância com o que é encontrado na literatura (Mickelson, Kessler & Shaver, 1997, citado por Rholes & Simpson, 2004; Monteiro, 2009).

Sabe-se que a dimensão ansiedade/preocupação, está altamente associada ao medo de abandono, à preocupação, ao medo de rejeição e ao sentimento de incompetência social (Brennan, Clark & Shaver, 1998) e que por isso indivíduos ansiosos/preocupados percebem que os outros se sentem relutantes a aproximarem-se de si, acreditando que não merecem o amor destes, receando o abandono mas querendo, ao mesmo tempo, uma forte proximidade (Collins & Read, 1990). Sendo a depressão uma patologia marcada pela angústia de perda do amor do outro (acompanhada de sentimentos de culpa, desesperança face ao futuro, crença de não se merecer ser amado, etc.) (Blazer, 2002; Pedinielli & Bernoussi, 2004) parece lógico pensar que maiores níveis de ansiedade/preocupação “trazem” consigo os elementos desestabilizadores necessários a cruzarem-se com os elementos que constituem a depressão e que, em combinação com eventos adversos, abrem espaço a uma efetiva instalação de uma depressão totalmente formada.

## **3. Relação entre a vinculação e a orientação religiosa**

De forma a dar resposta ao quarto objetivo explorou-se a relação entre as dimensões da vinculação e a orientação religiosa. De entre todas as correlações possíveis, obteve-se uma

correlação positiva moderada entre a dimensão preocupação e a orientação religiosa extrínseca social. Isto sugere que indivíduos ansiosos/preocupados têm uma maior tendência para adotarem uma orientação religiosa mais extrínseca, nomeadamente, a extrínseca social. O facto de não existirem estudos conhecidos que relacionem estas duas variáveis dificulta a possibilidade de poder comparar resultados.

Se pensarmos, de uma forma geral, sobre o porquê da relação entre a vinculação insegura e a orientação religiosa extrínseca, podemos referir como uma das possíveis razões o facto de que se os indivíduos apresentam um tipo de vinculação inseguro, a reposição do equilíbrio destabilizado (pelas constantes mudanças no seu dia-a-dia) não é conseguida (Soares, 2009), dado que há uma vincada tendência de resposta aos acontecimentos adversos sob a forma de sentimentos de abandono/desamparo, desespero (Guidano, 1987), rejeições ou mais uma prova da sua falta de competências sociais (Hammen, Henry & Daley, 2000) e é nesta sequência que a procura de segurança e conforto recai sobre a religião. Mas esta última é procurada com um fim específico, um fim que visa resolver interesses particulares (atender a necessidades básicas de segurança) (Barricelli, Sakumoto, Silva & Araujo, 2012) e como tal está a ser “usada” pelo indivíduo, “posicionando-o” automaticamente num tipo de orientação religiosa mais extrínseca (Allport & Ross, 1967). No entanto, continua por explicar a relação específica entre a dimensão ansiedade/preocupação e a orientação religiosa extrínseca social. Partindo da ideia anterior, sabe-se que indivíduos ansiosos se posicionam num movimento entre um forte receio de rejeição e abandono e um desejo igualmente forte de proximidade com o outro (para garantir a obtenção de segurança e conforto por parte deste) (Collins & Read, 1990) mas essa proximidade só é conseguida se houver socialização e esta, por sua vez, é encontrada no contexto religioso.

#### **4. Relação entre a vinculação, a orientação religiosa e a sintomatologia depressiva**

De forma a dar resposta ao quinto objetivo, tentou-se estabelecer, simultaneamente, uma relação entre as três variáveis em estudo, explorando o peso relativo da orientação religiosa e das duas dimensões da vinculação (evitação e preocupação) sobre a sintomatologia depressiva. Resultante desta exploração, verificou-se que tanto a orientação religiosa extrínseca (global), como a dimensão preocupação da vinculação se assumem como bons preditores da sintomatologia depressiva, o que já seria de esperar dadas as associações encontradas e referidas anteriormente. No entanto, é de salientar que apesar de ambas as variáveis influenciarem a sintomatologia depressiva, a dimensão preocupação é a variável que maior influência exerce sobre esta última, revelando de facto a sua importância na previsão da ocorrência de

sintomatologia depressiva no idoso e reforçando a ideia de que a relação entre este par de variáveis merece continuar a ser estudada em futuras investigações.

As possíveis razões de estas duas dimensões particulares estarem associadas à sintomatologia depressiva já foi discutido nos pontos anteriores, no entanto falta discutir o fato de que, quando o que está em causa é a dicotomia vinculação vs. orientação religiosa (de forma geral), é evidenciada uma maior influência da vinculação sobre a sintomatologia depressiva.

O sistema de vinculação pressupõe uma relação privilegiada com um cuidador que responde aos sinais de angústia do sujeito (Hazan & Shaver, 1987) e esta “comunicação” estabelecida entre os dois influencia as funções mentais do indivíduo, como as percepções, os pensamentos, as crenças, os sentimentos, etc. (Monteiro, 2009). Dado que todo este sistema, apesar de atingir o seu auge numa fase precoce da vida, é estendido ao longo da vida do sujeito (Bowlby, 1969), é legítimo pensar-se que exerce influência durante muito tempo e que deixa marcas bastante profundas no comportamento e no desenvolvimento socio-emocional do indivíduo. Por outro lado, a religiosidade é adotada pelo indivíduo numa fase não tão precoce da sua vida. É certo que esta também deixa a sua marca nas crenças, nos valores, nas motivações, nas experiências, nos desejos, nos sonhos e nos comportamentos (Carvalho, 2006) mas o facto de não ser interiorizada pelo indivíduo há tanto tempo como o sistema de vinculação, fazem-na ter um peso menor sobre o percurso de vida do indivíduo. A juntar a este facto, está também a questão de a religião ser um elemento um tanto mutável, isto porque a mesma pessoa pode oscilar entre períodos em que se sente mais ou menos crente; pode oscilar entre uma religiosidade mais intrínseca ou mais extrínseca consoante o contexto de vida em que se encontre; pode até ser crente num determinado período de vida e posteriormente deixar de o ser, e todas estas variações fazem da religião um elemento enraizado “dentro” do indivíduo de forma menos coesa que a vinculação, que se mantém relativamente estável ao longo da vida (Soares, 2000, citado por Lima, Vieira & Soares, 2006). Os resultados encontrados evidenciam uma maior influência sobre a sintomatologia depressiva, precisamente, por parte da variável que se assume como mais estável e coesa na forma de estar do indivíduo, a vinculação.

## **5. Relação entre a sintomatologia depressiva e os dados sociodemográficos**

Os dados não permitem concluir que haja uma relação entre os vários dados sociodemográficos e a sintomatologia depressiva. O facto de os desvio-padrões, em geral, serem elevados em relação à média revela que existe uma grande dispersão de respostas, sugerindo que os vários dados sociodemográficos têm um impacto variado nas diversas participantes, podendo ser simultaneamente um fator benéfico para umas e um fator de risco para outras.



## **Conclusão**

Partindo de estudos portugueses que apontam para uma relação entre religiosidade e depressão e de outros que se focam na relação entre a vinculação e a depressão, a presente investigação teve como principal objetivo analisar, em mulheres portuguesas na terceira idade, as relações estabelecidas entre si entre as variáveis sintomatologia depressiva, orientação religiosa e vinculação.

Os dois objetivos específicos deste estudo, e considerados inovadores, prendem-se com a possibilidade de poder considerar em simultâneo as variáveis orientação religiosa, vinculação e sintomatologia depressiva, enquanto a maior parte dos estudos anteriores consideram estas variáveis separadamente e, em segundo lugar, explorar a relação entre a orientação religiosa e a vinculação. No que toca às variáveis religiosidade-depressão, confirma-se a relação positiva entre a orientação religiosa extrínseca (social) e a intensidade de sintomatologia depressiva. Confirma-se igualmente que a dimensão preocupação da vinculação constitui um fator de risco para a depressão, tendo-se verificado, posteriormente, que esta exerce maior influência sobre a sintomatologia que a orientação religiosa extrínseca. Dado que a relação entre a vinculação e a sintomatologia depressiva foi a que permitiu obter resultados mais conclusivos, seria importante em futuros estudos conseguir explorar ainda melhor esta relação. Por fim, relativamente ao par de variáveis religiosidade-vinculação, os resultados sugerem que indivíduos ansiosos/preocupados têm uma maior tendência para adotarem uma orientação religiosa mais extrínseca, nomeadamente, a extrínseca social. O facto de se ter encontrado uma relação entre estas duas variáveis (até então não estudadas) põe em evidência a emergência de estudos que visem contribuir para o crescimento do entendimento desta relação e do impacto que esta tem no indivíduo. Assim, o presente estudo tentou “abrir portas” para a exploração desta relação, servindo de ponto de partida para futuras investigações.

A principal limitação da presente investigação prende-se com a reduzida dimensão da amostra – que poderá explicar, nomeadamente, a impossibilidade de encontrar relações entre as variáveis sociodemográficas e a sintomatologia depressiva.

Dado que a literatura, tal como foi possível referir no enquadramento teórico, aponta a existência de alguns fatores, à partida, protetores e outros de risco relativamente à ocorrência de depressão, seria importante que futuras investigações se debruçassem mais sobre estes, de forma a contribuir para um melhor e crescente conhecimento sobre o que promove ou evita a instalação de uma depressão.

Seria interessante, em estudos futuros, ser utilizada uma escala geriátrica da depressão, quando o que estiver em causa for uma população idosa. Tal prende-se com a necessidade de remeter

os indivíduos para um conjunto de sintomas mais característicos da fase de vida avançada em que se encontram (permitindo uma maior identificação), uma vez que, como foi possível referir no enquadramento teórico, os idosos apresentam uma sintomatologia depressiva com algumas diferenças face à apresentada por indivíduos noutras faixas etárias.

Com a presente investigação pretendeu-se assim ampliar o conhecimento acerca da relação entre as variáveis consideradas na vida das mulheres idosas na sociedade portuguesa, contribuindo para futuras investigações e, consequentemente, novas abordagens preventivas ou clínicas.

## Referências Bibliográficas

Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.

Ainsworth, M.D.S. & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behaviour of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41, pp.49-67.

Allport, G.W. (1950). The individual and his religion . New York: Holt Rineart and Wiston.

Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4), 432-443.

Araújo, M.; Almeida, M.; Cidrack, M.; Queiroz, H.; Pereira, M. & Menescal, Z. (2008). O papel da religiosidade na promoção da saúde do idoso. *RBPS* , 21 (3), 201-208.

Barricelli, I., Sakumoto, I., Silva, L. & Araujo, C. (2012). *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 15(3), 505-515.

Barros, J. (2000). *Psicologia da religião*. Coimbra: Almedina.

Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 70, 249-263.

Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.

Bifulco, A., Kwon, J., Jacobs, C., Moran, P.M., Bunn, A., & Beer, N. (2006). Adult Attachment Style as Mediator Between Childhood Neglect/abuse and Adult Depression and Anxiety. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 41, 796-805.

Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Blazer, D. G. (2002). *Depression in late life*. New York: Springer Publishing Company.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness and depression*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation, anxiety and anger*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. London: Hogarth Press.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Canavarro, M. C. Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: uma revisão critica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20 (1), 11-36.
- Carvalho, C. (2006). *Luto e religiosidade*. Monografia de licenciatura em Psicologia. Instituto Superior da Maia, Porto.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *A depressão: Episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Climepsi Editores.
- Collins, N. L. & Read, S. J. (1990), Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644–663.
- Cooper, M.L., Shaver, P.R. & Collins, N.L.(1998). *Attachment Styles, Emotion Regulation, and Adjustment in Adolescence*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1380-1397.

Dahlman, K., Ashman, T., & Mohs, R. (2000). Psychological assessment of the elderly. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (3rd ed.) (pp.553-578). New York: Pergamon.

Dias, C. (2011). *Religiosidade intrínseca e extrínseca: implicações no bem-estar subjetivo de adultos de meia-idade*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica Dinâmica, Universidade de Lisboa, Lisboa.

Duarte, F. & Wanderley, K. (2011). Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica1. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27 (1), 49-53.

Duarte, Y.; Lebrão, M.; Tuono, V. & Laurenti, R. (2008). Religiosidade e envelhecimento: uma análise de perfil de idosos do município de São Paulo. *Saúde Coletiva*, 5 (24), 173-177.

Feio, J. (2012). *Depressão, vinculação e relações amorosas de pessoas em luto*. Dissertação de mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.

Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Lisboa: Quarteto Editora.

Freud, S. (1980). Inibições, sintomas e ansiedade. Tradução: Oiticica, C.M. In: Salomão, J. (org.). *Edição-padrão brasileira de obras completas de Sigmund Freud* (Vol. XX, pp. 95-203). Imago, Rio de Janeiro.

Genia, V. & Show, D. (1991). Religião, intrinsic-extrinsic orientation, and depressão. *Review of Religious Research*, 32 (3), 274-283.

Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). The Portuguese Version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED – D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20 (4): 339 – 348.

Gotlib, H. & Hammen, C. L. (2002). Introduction. In H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 1-20). New York: Guilford Press

Green, J. (2000). *Neuropsychological Evaluation of the older adult – A clinician's guidebook*. San Diego: Academic Press.

Guidano, V.F. (1987). *Complexity of the Self: a development approach to psychopathology and therapy*. New York: Guilford Press.

Guita, S.; Avasthi, A. & Kumar, S.(2011). Relationship between religiosity and psychopathology in patients with depressão. *Indian Journal of Psychiatry*, 53 (4), 330-335.

Hammen, C., Henry, R., & Daley, S.E. (2000). Depression and Sensitization to Stressors Among Young Women as a Function of Childhood Adversity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 782-787.

Hazan, C., & Shaver, P.R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.

Hood, M. (1996) Religion and Spirituality: Unfuzzing the fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion*. Vol. 36, No. 4 (Dec., 1997), pp. 549-564.

Irigarayl, T., & Schneider, R. (2007). Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Revista Psiquiatria RS*, 29(1), 19-27.

Jeon, H., & Dunkle, R. E. (2009). Stress and Depression among oldest-old: A longitudinal analysis. *Research on Aging*, 31(6), 661-687.

Jones, E. E. (1998). Depression: Intervention as Assessment. In Barron, J. & W. (Eds.), *Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders* (pp. 267-297). Washington: American Psychological Association.

Kilic, S., Karada, G., Kokak, H. & Korhan, E. (2014). Investigation of the old age perceptions with the loneliness and depression levels of the elderly living at home. *Turkish Journal of Geriatrics*, 17(1), 70-76.

Kirkpatrick, Lee A (2005). Attachment, evolution, and the psychology of religion. - New York: The Guilford Press.

Krause, N. (2012). Religious doubt, financial strain, and depressive symptoms among older Mexican Americans. *Mental Health, Religion & Culture*, 15(4), 335–348.

Lima, V., Vieira, F. e Soares, I. (2006). Vinculação em casais: avaliação da representação da intimidade e da interacção conjugal. *Psicologia*, 20(1), 51-63.

Linares, R. (2009). Escala de Orientação Religiosa (versão para estudo).

Lucanin, D., Lucanin, D. & Havelka, J. (2011). Cognitive Function and Depression in Elderly People. *Psihologijske Teme*, 1, 173-186.

Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for classifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation? In M. Greenberg, D. Cicchetti, & E. Cummings (Eds.), Attachment in the preschool years (pp. 121-160). Chicago: Chicago University Press.

Martins, R. (2011). Dimensões da personalidade e da vinculação em pacientes com sintomatologia depressiva – estudo exploratório. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica Cognitiva – Comportamental e Integrativa, Universidade de Lisboa, Lisboa.

Moltby & Day (2000). Depressive symptoms and religious orientation: examining the relationship between religiosity and depression within the context of other correlates of depression. *Personality and Individual Differences*, 28, 383-393.

Monteiro, I. (2009). *O contributo das experiências familiares, vinculação e apoio social para a depressão no adulto*. Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica, Universidade do Minho, Braga.

Moreira, J. M. (2011). Adult attachment style across individuals and role-relationships: Avoidance is relationship-specific, but anxiety shows greater generalizability. *Journal of Relationships Research*, 2, 63–72.

Moreira, J. M., Lind, W., Santos, M. J., Moreira, A. R., Gomes, M. J., Justo, J., Oliveira, A. P., Filipe, L. A., & Faustino, M. (2006). “Experiências em Relações Próximas”, um questionário de avaliação das dimensões básicas dos estilos de vinculação nos adultos: Tradução e validação para a população Portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, 4, 3-27.

Oliveira, J. (2000). *Psicologia da religião*. Coimbra. Livraria Almedina

Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Climepsi Editores.

Pedinielli, J. & Bernoussi, A. (2004). *Os estados depressivos*. Psicologia de Bolso. Climepsi

Peres, J. Simão, M. & Nasello, A. (2007). Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Rev. Psiq. Clín.* 34(1), 136-145.

Pires, S. (2012). *Relação entre orientação religiosa, depressão e características da personalidade avaliadas com o teste de Szondi*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica Dinâmica, Universidade de Lisboa, Lisboa.

Rholes, W.S., & Simpson, J.A. (Eds) (2004). *Adult attachment: theory, research and clinical implications*. New York: The Guilford Press.

Simpson, J. A., Rholes, W.S., & Nelligan, J.S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 434-446.

Smith, T. B., McCullough, M. E. & Poll, J. (2003). Religiousness and Depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129(4), 614-636.

Soares, I. (2009). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Psiquilibrios Edições.



Soares, I. (2000). Psicopatologia do Desenvolvimento e contexto familiar: Teoria e investigação das relações de vinculação. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 381-434). Coimbra: Quarteto.

Souza, R. (2013). *Vinculação, personalidade e depressão*. Dissertação de mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias. Universidade de Lisboa, Lisboa.

Stanley, M., Bush, A., Camp, M., Jameson, J., Phillips, L., Barber, C., Zeno, D., Lomax, J. & Cully, J. (2011). Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. *Aging & Mental Health*, 15(3), 334–343.

Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. I., & Costa, J.L.R. (2002). Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz*, 8 (3), 91-98.

Yarhouse, M. & Turcic, E. (2003). Depression, creativity, and religion: a pilot study of Christians in the visual arts. *Jornal of Psychology and Theology*, 31 (4), 348-355.